

Humanizar la bioética: la ética del cuidado frente al modelo principialista

Humanizing bioethics: the ethics of care vis-à-vis the principlist model

Elizabeth Díaz¹

© La autora. Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.



DOI: <https://doi.org/10.20453/ah.v69i1.8150>

INTRODUCCIÓN

La bioética contemporánea ha estado profundamente influenciada por el principialismo formulado por Beauchamp y Childress (2019), cuya estructura normativa basada en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia ha constituido uno de los modelos más influyentes en la deliberación biomédica moderna. Su relevancia histórica se explica, en gran medida, por la necesidad de establecer marcos éticos relativamente universales capaces de orientar decisiones clínicas e investigaciones biomédicas en sociedades pluralistas.

No obstante, durante las últimas décadas, diversos autores han cuestionado la suficiencia del principialismo para abordar la complejidad moral de la práctica clínica contemporánea. Entre las principales críticas destacan su tendencia al formalismo normativo, su énfasis predominante en la autonomía individual y su limitada sensibilidad hacia dimensiones relacionales y contextuales de la experiencia humana del sufrimiento (Sharpe, 1992; Pettersen, 2011).

En este contexto emerge la ética del cuidado como una propuesta filosófica y bioética que desplaza el centro de la reflexión moral desde el sujeto autónomo hacia la interdependencia humana, la vulnerabilidad y la responsabilidad relacional (Gilligan, 1982; Noddings, 1984). Desde esta perspectiva, la moralidad no se comprende exclusivamente como aplicación imparcial de principios abstractos, sino como respuesta ética situada frente a necesidades concretas de sujetos vulnerables.

La creciente complejidad tecnológica de la medicina contemporánea, junto con el envejecimiento poblacional, la expansión de enfermedades crónicas y los desafíos éticos asociados al final de la vida, han reactivado el interés por enfoques bioéticos capaces de integrar dimensiones humanas frecuentemente relegadas por modelos excesivamente proceduralizados.

En consecuencia, la ética del cuidado ha adquirido especial relevancia dentro de ámbitos como cuidados paliativos, geriatría, salud mental y ética clínica hospitalaria, donde la comprensión de la fragilidad humana y de las relaciones de dependencia resulta central para la toma de decisiones moralmente prudentes.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar críticamente la ética del cuidado como propuesta bioética contemporánea, examinando sus fundamentos

¹ Anestesióloga por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y máster en Cuidados Paliativos por la Universidad Las Palmas de Gran Canaria (España). Es miembro del Comité Farmacológico de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP), presidenta de la Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos y coordinadora del Diplomado en Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor de la UPCH.

filosóficos, sus aportes frente al principialismo y las principales objeciones formuladas contra este enfoque. Asimismo, se busca evaluar la posibilidad de una integración complementaria entre universalidad normativa y sensibilidad relacional dentro de la deliberación bioética actual.

HISTORIA Y CONCEPTOS BÁSICOS

El principialismo bioético

El principialismo, formulado por Beauchamp y Childress (2019), representa uno de los paradigmas dominantes de la bioética contemporánea. Sus cuatro principios (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) buscan ofrecer un marco universal aplicable a los conflictos biomédicos.

Su principal fortaleza reside en proporcionar criterios normativos relativamente estables y operativos para la deliberación clínica. Sin embargo, múltiples autores han señalado limitaciones importantes, particularmente su tendencia a privilegiar la autonomía individual y su insuficiente sensibilidad hacia dimensiones relacionales, emocionales y contextuales (Sharpe, 1992).

Asimismo, el principialismo ha sido criticado por promover una visión excesivamente procedural de la ética clínica, donde el cumplimiento formal de principios puede desplazar la comprensión integral de la experiencia humana del sufrimiento (Kuhnen, 2010).

Surgimiento histórico de la ética del cuidado

La ética del cuidado emerge durante la segunda mitad del siglo xx como una crítica a los modelos universalistas de razonamiento moral predominantes en la filosofía moral y la psicología del desarrollo. Carol Gilligan (1982) cuestionó la teoría evolutiva de Lawrence Kohlberg, al sostener que esta privilegiaba una lógica abstracta de justicia basada en normas universales y autonomía individual, mientras invisibilizaba formas morales centradas en la responsabilidad interpersonal y la sensibilidad hacia las relaciones humanas concretas.

Desde esta perspectiva, la ética del cuidado no surge únicamente como una oposición metodológica, sino como una reformulación del sujeto moral. El

individuo deja de entenderse como un agente aislado y racionalmente autosuficiente, para ser concebido como un ser vulnerable, interdependiente y situado en redes relacionales (Gilligan, 1982). Posteriormente, Noddings (1984) desarrolló filosóficamente esta aproximación y definió el cuidado como una relación moral concreta entre quien cuida y quien recibe cuidado. La moralidad ya no se fundamenta exclusivamente en principios abstractos, sino en la respuesta ética frente a las necesidades reales del otro.

Conceptos fundamentales de la ética del cuidado

La vulnerabilidad constituye uno de los ejes centrales de la ética del cuidado. A diferencia del modelo liberal clásico, que presupone sujetos autónomos y racionalmente independientes, la ética del cuidado reconoce que la fragilidad y la dependencia forman parte constitutiva de la existencia humana (Pettersen, 2011). En el ámbito clínico, esta concepción resulta particularmente relevante, debido a que la enfermedad modifica la autonomía del paciente y genera relaciones asimétricas que requieren sensibilidad ética contextual. Según Pettersen (2011), la vulnerabilidad no debe interpretarse como una excepción de la vida moral, sino como una condición estructural de toda experiencia humana.

En cuanto a la relacionalidad, la ética del cuidado sostiene que las relaciones humanas poseen valor moral intrínseco. Las decisiones éticas no pueden evaluarse exclusivamente mediante principios universales, sino que también deben considerar historias personales, vínculos afectivos y contextos particulares (Noddings, 1984). La relacionalidad cuestiona el individualismo metodológico presente en gran parte de la bioética principialista contemporánea. En este sentido, Domingo Moratalla (2019) afirma que la responsabilidad ética emerge precisamente del reconocimiento de la dependencia mutua y del deber de responder ante la vulnerabilidad ajena.

Respecto a la responsabilidad contextual, cabe señalar que el cuidado implica una responsabilidad situada, concreta y dinámica. No se trata únicamente de cumplir deberes abstractos, sino de responder prudentemente a necesidades específicas dentro de contextos reales (Torralba i Roselló, 2002). En medicina, esto transforma la comprensión de la relación médico-paciente desde un

modelo contractual hacia una interacción moralmente comprometida. Ramos Pozón (2011) señala que la ética del cuidado desplaza la atención desde el cumplimiento formal de normas hacia la calidad moral de la relación terapéutica.

CRÍTICAS Y LIMITACIONES DE LA ÉTICA DEL CUIDADO

A pesar de las contribuciones significativas de la ética del cuidado al desarrollo de una bioética más relacional y contextual, esta corriente no se encuentra exenta de críticas teóricas y limitaciones prácticas. Diversos autores han señalado que su énfasis en la particularidad de las relaciones humanas puede dificultar la formulación de criterios normativos universales aplicables de manera consistente en contextos clínicos complejos (Ramos Pozón, 2011).

Por un lado, una de las objeciones más frecuentes sostiene que la ética del cuidado corre el riesgo de incurrir en un excesivo particularismo moral. Al privilegiar la singularidad de cada relación y contexto, podría debilitar la capacidad de establecer estándares éticos generales que garanticen imparcialidad y justicia distributiva dentro de los sistemas sanitarios (Beauchamp y Childress, 2019). Esta dificultad adquiere especial relevancia en escenarios de asignación de recursos limitados, salud pública y políticas sanitarias, donde las decisiones requieren criterios universales y no únicamente respuestas contextualizadas.

Asimismo, algunos críticos consideran que la ética del cuidado presenta un insuficiente nivel de sistematicidad normativa. A diferencia del principialismo, cuya estructura conceptual ofrece herramientas relativamente claras para la deliberación clínica, la ética del cuidado puede resultar metodológicamente ambigua al momento de resolver conflictos entre obligaciones contrapuestas (Kuhnen, 2010). La ausencia de jerarquías normativas explícitas podría generar inconsistencias deliberativas y aumentar la dependencia de valoraciones subjetivas por parte de los agentes morales.

Otra crítica importante señala que la ética del cuidado podría favorecer dinámicas paternalistas

si la preocupación por el bienestar del otro desplaza excesivamente el respeto por la autonomía individual. En determinados contextos clínicos, una interpretación extrema del cuidado podría justificar intervenciones excesivamente protectoras que limiten la autodeterminación del paciente bajo el argumento de vulnerabilidad o dependencia (Sharpe, 1992).

Además, algunos autores advierten que la centralidad otorgada a las relaciones cercanas y afectivas podría generar sesgos morales incompatibles con la imparcialidad ética requerida en instituciones sanitarias complejas. Desde esta perspectiva, la ética del cuidado podría privilegiar vínculos emocionales inmediatos en detrimento de obligaciones universales de justicia hacia personas desconocidas o grupos poblacionales amplios (Held, 2006).

Por otro lado, la aplicabilidad institucional de la ética del cuidado continúa siendo objeto de debate. Aunque sus categorías resultan particularmente valiosas en la relación clínica interpersonal, su traducción hacia estructuras hospitalarias, políticas públicas y sistemas de salud altamente tecnificados presenta dificultades operativas importantes. Tronto (1993) sostiene que la incorporación del cuidado como categoría política requiere profundas transformaciones estructurales que exceden la simple reformulación de la ética clínica individual.

No obstante, estas críticas no invalidan el aporte de la ética del cuidado, sino que evidencian la necesidad de modelos bioéticos integradores capaces de articular sensibilidad contextual con principios normativos universales. En este sentido, múltiples autores contemporáneos proponen comprender la ética del cuidado no como un reemplazo absoluto del principialismo, sino como un complemento correctivo orientado a humanizar la deliberación bioética contemporánea (Pettersen, 2011).

COMPARACIÓN ENTRE PRINCIPIALISMO Y ÉTICA DEL CUIDADO

La confrontación entre principialismo y ética del cuidado representa una de las discusiones más relevantes dentro de la bioética contemporánea. Ambos

modelos buscan orientar la deliberación moral en contextos biomédicos, aunque parten de presupuestos antropológicos y epistemológicos profundamente distintos.

El principialismo se fundamenta en una racionalidad normativa de orientación universalista. Su estructura ética descansa en principios abstractos concebidos para garantizar imparcialidad y coherencia en la toma de decisiones. Esta perspectiva ha demostrado enorme utilidad en la institucionalización de la bioética clínica, particularmente en la investigación biomédica, el consentimiento informado y la distribución de recursos sanitarios.

No obstante, la universalidad del principialismo constituye simultáneamente una de sus principales limitaciones. La abstracción normativa puede reducir la complejidad moral de las relaciones clínicas a procedimientos técnicos de balance entre principios, debilitando la comprensión contextual del sufrimiento humano.

En contraste, la ética del cuidado desplaza el centro de la deliberación moral desde la autonomía individual hacia la interdependencia humana. El sujeto moral deja de concebirse como un agente aislado para entenderse

como un ser vulnerable inserto en redes relacionales. Mientras el principialismo privilegia la imparcialidad, la ética del cuidado reivindica la particularidad contextual. Mientras uno prioriza reglas universales, la otra enfatiza responsabilidades concretas derivadas de vínculos reales.

En la práctica clínica, estas diferencias poseen consecuencias significativas. El principialismo suele privilegiar la capacidad decisional autónoma del paciente, incluso en escenarios de fragilidad extrema. La ética del cuidado, por el contrario, reconoce que la autonomía puede verse limitada por condiciones emocionales, sociales o biográficas, por las cuales se requieren acompañamiento moral y responsabilidad compartida. Asimismo, la ética del cuidado incorpora dimensiones frecuentemente subestimadas por el principialismo, como la empatía, la escucha y la continuidad relacional. Estas categorías adquieren enorme relevancia en contextos de cronicidad, sufrimiento terminal y dependencia prolongada. En la tabla 1 se resumen las principales diferencias antropológicas, normativas y clínicas entre el principialismo y la ética del cuidado. Su finalidad es analítica; ambos enfoques deben entenderse como potencialmente complementarios dentro de modelos bioéticos integradores contemporáneos.



...la ética del cuidado **incorpora dimensiones frecuentemente subestimadas por el principialismo**, como la empatía, la escucha y la continuidad relacional. Estas categorías adquieren enorme relevancia en contextos de cronicidad, sufrimiento terminal y dependencia prolongada.



Tabla 1
Comparación sistemática entre el principialismo y la ética del cuidado en bioética clínica

Dimensión analítica	Principialismo bioético	Ética del cuidado	Implicaciones para la práctica clínica
Fundamento filosófico	Deriva principalmente de la ética deontológica y de tradiciones liberales centradas en la autonomía individual y los derechos.	Se fundamenta en una ética relacional basada en la interdependencia humana, la vulnerabilidad y la responsabilidad hacia el otro.	Determina distintas formas de comprender el deber moral y la toma de decisiones clínicas.
Concepción del sujeto moral	El sujeto es considerado un agente racional, autónomo y capaz de tomar decisiones independientes.	El sujeto es comprendido como un ser vulnerable, dependiente e inserto en redes de relación humana significativa.	Modifica la valoración ética de pacientes frágiles, dependientes o con autonomía limitada.
Valor moral central	Respeto a la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.	Cuidado, responsabilidad relacional, empatía y respuesta a las necesidades concretas del otro.	Influye en las prioridades morales durante la deliberación clínica.
Concepción de la autonomía	La autonomía constituye uno de los principios fundamentales con una posición privilegiada en la toma de decisiones.	La autonomía se entiende de forma relacional, reconociendo que la decisión humana está condicionada por vínculos sociales, familiares y afectivos.	Favorece una interpretación más contextualizada de la capacidad de decisión del paciente.
Concepción de la vulnerabilidad	La vulnerabilidad suele considerarse una condición específica asociada a determinadas circunstancias.	La vulnerabilidad es una condición universal e inherente a la existencia humana.	Incrementa la atención ética hacia pacientes en situaciones de dependencia o sufrimiento.
Método deliberativo	Aplicación, balance y especificación de principios éticos universales.	Comprensión contextual de necesidades, relaciones y circunstancias particulares.	La deliberación incorpora elementos biográficos, emocionales y relacionales.
Tipo de razonamiento moral	Abstracto, universalista y orientado a la imparcialidad.	Contextual, situacional y orientado a las relaciones humanas concretas.	Permite aproximaciones complementarias frente a problemas clínicos complejos.
Relación médico-paciente	Puede adoptar una estructura principalment contractual basada en derechos y deberes recíprocos.	Se configura como una relación moral de confianza, cuidado mutuo y responsabilidad compartida.	Favorece modelos centrados en la persona y en la continuidad asistencial.
Importancia de las emociones	Las emociones suelen ocupar un papel secundario frente al análisis racional de principios.	Las emociones morales, la empatía y la sensibilidad constituyen elementos relevantes para la deliberación ética.	Permite comprender mejores experiencias de sufrimiento, miedo, dependencia o pérdida.
Concepción de la justicia	La justicia distributiva constituye uno de los pilares fundamentales del modelo.	La justicia es interpretada a partir de relaciones de cuidado y responsabilidad mutua.	Puede enriquecer la comprensión ética de desigualdades y necesidades particulares.
Universalidad normativa	Busca desarrollar criterios aplicables a todos los individuos y contextos.	Privilegia la singularidad de los casos y las particularidades relacionales.	Genera tensiones entre equidad universal y sensibilidad contextual.
Aplicabilidad institucional	Alta. Resulta especialmente útil para políticas sanitarias, comités de ética, regulación e investigación biomédica.	Moderada. Su implementación institucional requiere adaptaciones para preservar consistencia normativa.	El principialismo ofrece mayor operatividad administrativa y regulatoria.
Ámbitos clínicos de mayor utilidad	Investigación, consentimiento informado, asignar recursos, ética organizacional y salud pública.	Cuidados paliativos, geriatría, salud mental, enfermedades crónicas, discapacidad y final de la vida.	Ambos enfoques muestran fortalezas diferenciadas según el contexto asistencial.
Fortalezas principales	Claridad conceptual, estabilidad normativa, aplicabilidad universal y utilidad procedimental.	Humanización de la atención, sensibilidad contextual, reconocimiento de la vulnerabilidad y fortalecimiento de la relación terapéutica.	La integración de ambos enfoques puede enriquecer la deliberación bioética.

Fuente: Elaboración propia a partir de Beauchamp y Childress (2019), Gilligan (1982), Noddings (1984), Sharpe (1992), Torralba i Roselló (2002), Pettersen (2011), Ramos Pozón (2011), Kuhnen (2010), Held (2006) y Domingo Moratalla (2019).

Sin embargo, la ética del cuidado también enfrenta objeciones relevantes. Su énfasis contextual puede dificultar la formulación de criterios universalmente aplicables y generar riesgos de subjetivismo moral. Además, la ausencia de estructuras normativas rígidas podría producir inconsistencias deliberativas en escenarios institucionales complejos.

Por ello, diversos autores contemporáneos sostienen que la ética del cuidado no debería reemplazar completamente al principialismo, sino complementarlo críticamente. Desde esta perspectiva integradora, los principios bioéticos continuarían ofreciendo estabilidad normativa, mientras que la ética del cuidado aportaría sensibilidad contextual y profundidad

antropológica. La bioética contemporánea parece dirigirse progresivamente hacia modelos híbridos donde universalidad normativa y relacionalidad ética no se excluyen mutuamente, sino que convergen para responder de manera más adecuada a la complejidad moral de la medicina actual. La figura 1 representa la evolución conceptual desde el paradigma principialista hacia una bioética integradora que incorpora las contribuciones de la ética del cuidado sin abandonar las ventajas normativas de los principios bioéticos clásicos. La propuesta reconoce la complementariedad entre universalidad moral y sensibilidad relacional para afrontar los desafíos éticos de la medicina contemporánea.



Figura 1. Evolución conceptual desde el principialismo hacia un modelo bioético integrador basado en principios y cuidado.

CONCLUSIONES

La ética del cuidado representa una de las contribuciones más significativas a la renovación de la bioética contemporánea, particularmente al introducir categorías como la vulnerabilidad, la interdependencia y la responsabilidad relacional dentro de la deliberación moral clínica. Frente a las limitaciones del principialismo clásico, este enfoque permite recuperar dimensiones humanas frecuentemente desplazadas por modelos excesivamente abstractos y procedurizados.

No obstante, la ética del cuidado también presenta limitaciones importantes relacionadas con el riesgo de particularismo moral, la ausencia de criterios normativos universalmente aplicables y posibles interpretaciones paternalistas. Estas dificultades evidencian que el cuidado, por sí solo, no constituye un marco suficiente para resolver todos los conflictos bioéticos contemporáneos.

En consecuencia, la oposición radical entre principialismo y ética del cuidado parece filosóficamente improductiva. La complejidad moral de la medicina actual exige modelos bioéticos integradores capaces de articular estabilidad normativa con sensibilidad contextual y relacional.

Desde esta perspectiva, la ética del cuidado no debería comprenderse como una sustitución absoluta del principialismo, sino como un complemento crítico orientado a humanizar la práctica clínica y ampliar la comprensión antropológica del sujeto moral en medicina.

El principialismo sigue siendo indispensable como marco normativo, pero resulta insuficiente para abordar plenamente la vulnerabilidad, la relacionalidad y la complejidad contextual de la práctica clínica. La ética del cuidado emerge como una respuesta crítica, aunque también presenta limitaciones, por lo que la solución más robusta consiste en un modelo bioético integrador.

REFERENCIAS

- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Domingo Moratalla, A. (2019). Cuidado y responsabilidad: de Hans Jonas a Carol Gilligan. *Pensamiento. Revista de Investigación e Información Filosófica*, 75(283), 357-373. <https://doi.org/10.14422/pen.v75.i283.y2019.019>
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- Held, V. (2006). *The ethics of care: Personal, political, and global*. Oxford University Press.
- Kuhnen, T. A. (2010). A ética do cuidado como alternativa à ética de princípios: divergências entre Carol Gilligan e Nel Noddings. *Ethic@. An International Journal for Moral Philosophy*, 9(3), 155-168. <https://doi.org/10.5007/1677-2954.2010v9n3p155>
- Noddings, N. (1984). *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*. University of California Press.
- Pettersen, T. (2011). The ethics of care: Normative structures and empirical implications. *Health Care Analysis*, 19(1), 51-64. <https://doi.org/10.1007/s10728-010-0163-7>
- Ramos Pozón, S. (2011). La ética del cuidado: valoración crítica y reformulación. *Laguna*, 29, 109-122. https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/12671/L%20_29_%282011%29_07.pdf?se
- Sharpe, V. A. (1992). Justice and care: The implications of the Kohlberg-Gilligan debate for medical ethics. *Theoretical Medicine*, 13(3), 295-318. <https://doi.org/10.1007/bf02126697>
- Torralla i Roselló, F. (2002). *Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas*. Institut Borja de Bioètica; Fundació MAPFRE.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.